

様式第4号(第5条関係)

保健福祉センター使用料減免申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

申請者 住 所
団体名
氏 名
電話(勤務先・自宅)

次のとおり瀬戸内市保健福祉センター条例施行規則第5条の規定により申請します。

利 用 日	年 月 日 ()			
利 用 目 的				
利 用 責 任 者	氏 名		電話(勤務先) (自 宅)	
利 用 場 所 及 び 利 用 時 間	利 用 場 所	時 間	利 用 場 所	時 間
		～		～
		～		～
		～		～
		～		～
減 免 を 申 請 す る 理 由	<input type="checkbox"/> 市が主催する事業に利用する。 <input type="checkbox"/> 市教育委員会・幼稚園・小学校・中学校が教育目的に利用する。 (優先順位として教育施設が利用できない明確な理由を備考に記載のこと) <input type="checkbox"/> 市社会福祉協議会が主催する事業に利用する。 <input type="checkbox"/> 市内のコミュニティー団体及びこれに準ずる団体として市長が認める団体が利用する。 <input type="checkbox"/> 市と共催し市長が適当と認める事業に利用する。 <input type="checkbox"/> 市長が適当と認める事業に利用する。 <input type="checkbox"/> 市内の団体が市の後援を受けた事業に利用する。 (該当する理由の□にレを記入してください。)			
※ 受 付	※許可第 号 年 月 日			
備 考				

※印欄は記入しないでください。